

Peder Kragh Jespersen, Aalborg Universitet.

Generalister eller fagprofesjonelle som ledere i sygehuse.

Grunninteresse: hva karak. org. med mange profesjonelle grupper. Sykehuset er kanskje en prototype på morgendagens organisasjon.

Se lysark.

Fokus:

Hva er karak. for den kontekst der ledelse utføres. Ikke fokus på toppnivå, men på avdelingsledelse, eller klinikkledelse.

Lysark 2:

Kontekst: Regionene skal ha ansvar for sykehusene. Ulikt Norge velges regionene, har ikke rett til å innkreve skatt, har ikke hatt fullmakt til å styre, men reagere på mandat fra ministeren. Skal engasjere seg i forebygging og ikke innleggelse slik ordn. fordrer.

Reform fra 1. jan. 2007.

Minner om den norske, men er forskjellig.

3:

Historisk kontekst:

Fra enighet til konflikt om det desentraliserte politiske styre. Fokus på hva som har skjedd de siste 30 årene, stort skifte. På 70-tallet: skulle være skiller på de ulike nivåer, likhet som ideal i dag.

Fra langsiktige planer, nå styres av enkeltsaker på sentralt nivå. Et amts beslutning kan overprøves av sentrale myndigheter.

Sykehusene etter hvert betraktet som virksomhet som skal konkurrere. Men med ny reform får planlegging større betydning, styrt fra sentralt nivå og ikke fra regionene.

Den faglige posisjon endres men er fortsatt sterkt. Ikke samme inngrep i den profesjonelles situasjon som i USA, UK og NZ.

Men har de profesjonelle mistet innflytelse, ikke nødvendigvis, men på andre måter og gj. andre kanaler.

Disk. av bevaring av sykehus eller ei, spesialisering etc. foregår blant profesjonelle, ikke blant folkelige reaksjoner eller protestaksjoner av betydning.

4:

Felt større område, også inkl. andre instanser som samarb. med sykehus.

Sektor, mer begrenset.

I de daglige rutiner på sykehuset har det ikke skjedd store forskjeller, de ansatte har ikke i stor grad merket de store reformene, de merker engang ikke at de er der. Endringer tar form av faglig utvikling, men ikke store endringer i daglig praksis. Stabiliteten utfordres hele tiden av det motsatte, se begrepsparene. Motstridende styringsidealene.

5:

Styringsidealene utfordrer profesjonell autonomi, jfr. audit society, alltid registrering av arbeidet, Powell.

Permanent forandring er en tendens, faller aldri til ro før en ny reform kommer.

Dermed; hvordan kan man bevare de profesjonelles engasjement og samtidig å holde på deres lojalitet. Det klassiske fagbyråkratiet; utfoldelsesmuligheter, autonomi, flere hierarkier (jfr. managementlitt.).

Hvordan kan man få dem til å reagere i en viss retning som gjør at org. /sykehus skal reagere i forhold til den samfunnsmessig kontekst.

6:

Kan ikke studere kun det enkelte sykehus for å forstå hva som står i det moderne sykehus, fordi det er så sterkt påvirket utenfra, slår inn via ledelsen, men også bak ledelsen osv. og ledelsen kan ikke alltid styre dette. Påvirkninger utenfra må tas inn, grense mellom org. og utenomverden er problematisk, er heller en sil.

Utvalget: 3 ulike sykehus mht. størrelse. De viste seg å være forbløffende like.

Hva skjer når NPM møter de profesjonelle? I og omkring avd. ledelse som kommer med deres normer og verdier. Studerte ulike møter. Hvordan skjedde ulike dekoblinger og løskoblinger.

Fokus: ledelsesreformer og kvalitetsutvikling og kontraktstyring.

Fulgte avdelingene over 3 år, med 3 forskere.

7:

fokus: ledelsesmodellene.

Trad: ledelse der legene dominerte, men også parallelle hierarkier av sykepleiere og adm.

1980: troikaledelse for å øke produktiviteten ved å involvere alle prof. i ledelsen. Spredt ikke gjennom lov, men imitasjon. Implementert i 1993-4.

1997: entydig/enhetlig ledelse. Ikke lovhjelmet, men spredning. Opp til profesjonene å følge dette opp selv.

Slutten av 1990-tallet: ingen bestemt modell. Mest vanlig at generalister er ledere (økonomer, jurister eller statsviter). Blanding av profesjonelle og generalister, ingen konflikter til dette.

Mer konflikt fra troika til enhetlig, skulle det bli lege eller sykepleier? Flest leger. Men også to sideordnede ledere.

Tar ikke striden på sentralt nivå, men lokal ledelse å velge type ledelse.

8:

Hvorfor gjør profesjonene seg gjeldene her. Hvorfor lar de ikke bare andre komme til?

Profesjonene har alltid brydd seg om dette, hvorfor vil profesjonene ta del i ledelse – profesjonsteori nødv. her.

Del av prof. karakter at de strever etter autonomi på lokalt nivå.

9:

Profesjonsteori. Hva karak. profesjoner? Monopoliserer et kunnskapsområde som andre ikke kan anfekte. Vanskeligere for sykepleiere: hva er kjernen i profesjonen? Forsøkt å

institusjonaliser i utdanningen. Beholder status gjennom monopolisering av et kunnskapsområde. Får rett til å kontrollere seg selv. Kan endres over tid, bevares ikke i det uendelige. Legenes rett til å kontrollere seg selv ble i en viss periode anfektet av ulike kontrollmekanismer – blir et samfunnsmessig prosjekt som hele tiden skal utvikles og forsvares. Men dette er også et ledelsesprosjekt. Blir nødt til å ta del av ledelsen da viktige avgjøres tas desentralt. Må ha lokal kontroll ellers smuldres det samfunnsmessige opp.

Profesjonene interesser seg så stekt for ledelse ikke for ledelsen i seg selv, men fordi det er del av det å være en profesjon. Kan ikke være del av en profesjon uten å ta del i ledelse.

Ikke dermed bare spørsmål om effektiv ledelse, men også del i denne ledelsen.

spørsmål: hvilken empiri har de for å støtte dette at profesjonene deltar *fordi de vil opprettholde* profesjonen.

PKJ: det at man har så mange profesjonelle i lederstillinger og at de forblir der. Skulle anta at flest generalister skulle vært i disse stillingene. Støtter seg i teoretiske modeller.

spørsmål: Samdata viser at profesjonelle arbeider klinisk. Hvorfor?

PKJ: i enhver profesjon ligger det at man strever etter å bevare autonomi. Det er tesen.

Spørsmål: Forskjeller mellom sykepleiere og leger? Karrieremulighet for sykepleiere er det en karrierevei.

PKJ: i mange sammenhenger er det det. Kan man forlate sin profesjon? Blir vanskelig å tenke altn. til at man kan forlate sin profesjon.

Spørsmål: profesjonenes autonomistreven et naturbestemt prosjekt eller interesser? Er dette et fagforeningsprosjekt? Legene ulike sykepleiere, fordi legene har større gjennomslagskraft.

PKJ: ikke naturgitt. Profesjon er en tilskrevet status som oppnås over tid. Må forsvare og utvikle over tid som profesjon. Noen profesjoner kan degenerere, da det er et vedvarende prosjekt. Hvorfor har det ikke oppstått nye profesjoner?

Spørsmål: hybridledere – hvordan får man ulike ledere? Finnes data for måloppnåelse for ledelse?

PKJ: uklart at slikt finnes.

Poeng at ledelse er en del av å være profesjonell. Kan da forvente at uansett hvilken modell som lages så vil det allikevel være et forsøk fra profesjonelle søke å få del i ledelsen.

10:

Intervjuer, men også tidsskrifter 30 år tilbake, hva skrives om ledelse og profesjonelle.

Ledernes prosjekt: uforandret over 30 år, de samme formuleringer hele tiden. Skal lede

behandlingsaktiviteter. Kun legens område. Skal være ledende profesjon i det hele. Ingen skal kunne overprøve legene. Skal kunne være instruerende i forhold til andre faggrupper.

Generell ledelse inngår ikke i deres prosjekt.

11:

også sykepleierne vil være ledende i forhold til pleie. Være likestilte med legene ifht. ledelse

på eget fagområde. Ønsker del i ikke-faglig ledelse; økonomistyring, personalledelse, adm. oppgaver, etc. på likefot med legene.

Empiren viser at det er faktiske ledelsesprosjekter.

”Legene **skal**, mens sykepleierne **ønsker**” – faggruppens egne formuleringer.

12:

Profesjonene har forsøkt å blande seg i hvilke modeller som skal brukes, utforme selve modellene. Skal også utføres lokalt.

Lokal konflikt i et amt fordi legene ikke ønsket en likestilling m/m legene og sykepleierne ifht. posisjoner. Legene forsvarte dermed sitt prosjekt mht autonomi. Etter hvert ble det bestemt at dersom det ble konflikt skulle en ha det øverste ansvaret. Lokale konflikter blir utbredt og skaper modeller for andre. Norge har annen formell ramme gj. lovgivingen enn DK.

13:

NPM preger ledelsestenkning både for trojka-modeller og entydig ledelse. Ikke utformet modeller som strider mot de ulike profesjonenes modeller.

14:

empirisk grunnlag:

hvordan opplever legene selv lederoppgavene?

Mht. faglig vs. generelle oppgaver vinner de faglige oppgavene for legene.

(ledere med fra 40 til 400 ansatte).

Ved å spørre om entydig ledelse svarer de positivt (under forutsetning av at det blir en lege..). Her kommer profesjonsprosjektet fram.

15:

Vanskelig å lede overleger/spesialister, men har ikke modeller for dette.

16:

Spørsmål til ansatte (leger) om hva de synes en god lege leder er. Kan ikke lese av dette om de er gode til å lede eller ei.

17:

Ledende leger om ledelse: ikke funnet modeller for ledelse av overleger. Generell ledelse slår ikke voldsomt ned i hvordan de svarer.

18:

Oversykepleiers vurdering av ledelsesoppgaver. Orientert mot kollektive lederoppgaver.

Generell ledelsesoppgaver kommer høyere opp enn hos legene. Definerer flere lederoppgavene i større utstrekning enn legene.

19:

de vanskeligste oppgavene: pleieoppgavene. Forutsetter at de samarbeider med legene og dette gjør at det beskrives som vanskelig.

20:

viss enighet blant ansatte om hva som er viktig for god sykepleierledelse. Henger også sammen med rekruttering, mange har lang erfaring med ledelse, gjerne 20 år. Leger har ofte ikke noen ledererfaring eller utdanning når de blir utnevnt til ledere. Sykepleiere er i større grad vant til å være ledere.

21:

hvordan de *selv* definerer ledelse.

Hva synes de ansatte at lederne prioriterer mest, både leger og sykepleiere? Budsjettene!
Dette spriker med hva lederne selv beskriver.

22:

Det som står på spill her er to ulike ledelseslogikker eller verdener. Det er forskjeller på disse verdene mellom generell ledelse og profesjonell.

23:

Hybridlederen er en blanding mellom den fagprofesjonelle og den generelle leder som balanserer mellom de to verdener og som kan forbinde disse. Dette kommer fram i intervjuene.

Den rolle tar de allerede i dag. De får til å agere i begge verdener. Blir mer gunstig enn en ren generalistisk verden. Som profesjonell kan man tilegne seg språket, etc. men uten å bli spesialist i generell leder. De fagprofesjonelles overlegenhet er at de kan agere i begge verdene og kan skape synergi i fag- og generell verden. Handler ikke bare om å forlate sin profesjon, men å ta innover seg en generell verden.

Hva skjer når man kombinerer faglig og en økonomisk verden. Integrerer økonomi i en faglig verden, hvilken dynamikk skjer så her?

Blir kombinasjoner av kunnskap. Hvorfor har det da ikke oppstått en ny profesjon? Skapes ikke nytt, men kombinerer.

Innovativt sykehus (i Canada), har evnen til å kombinere ulike typer erfaringer.

Jean Claude

Org. studies

24:

Leger som hybridledere: ulike utviklinger.

25:

Sykepleierne: driftslederen vs. Generalistlederen.

26:

Kanskje det samme i norsk sykehus.

Den nederste pil interessant: hva kan de ulike gruppene lære av hverandre; legene av sykepleierne, sykepleierne av legene.

Litt for lite eksperimentering i sykehuset med ledelsesmodeller.

27:

utfordringer: komplementere hverandre.

28:

Oppsummering.

Dypt kulturelt forankret i profesjonene; trang til selvstyre.

Generalister vinner fram på de øverste nivå, men hva skjer på nivåene under.

Faglig ledelse trenges ned i org., øverste ledelse griper ikke inn i denne.

Seksjonsledere i store avdelinger ligner avdelingsledere i små avdelinger.

Opprinnelig prosjekt å se hvordan ledelsesmodeller brukes.

Spørsmål:

Framtidens oppgaver for sykehusene. Større kompleksitet hos pasientene, krever større grad av hybridledere som ikke kun ser spisskompetanse. Vil dette også være en grunn til å være hybridledere. Prof. spesifikk ledelse blir mindre betydningsfull.

Men har utv. tendenser til å ligne på amerikansk oppsplittet sykehus; høy spesialiserte sykehus vs. generell problematikk...